

FORMULARIO DE PENSIÓN DE JUBILACIÓN O RETIRO DE REGLAMENTOS COMUNITARIOS

La Subdirección General de Gestión de Clases Pasivas le informa que mediante este formulario puede solicitar la pensión de jubilación o retiro que pudiera corresponderle como funcionario del Régimen de Clases Pasivas teniendo en cuenta los Reglamentos Comunitarios sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social -Reglamentos (CE) nº 883/2004 y nº 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo-, así como la pensión de jubilación a cargo de otros Estados.

¿Quién puede utilizar este formulario de solicitud de pensión?

- El funcionario del Régimen de Clases Pasivas que resida en España y acredite períodos de cotización o seguro en Estados miembros de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo o Suiza.

¿Para qué sirve el presente formulario?

- Para solicitar simultáneamente :
  - La pensión de jubilación o retiro del Régimen de Clases Pasivas con la toma en consideración de los períodos cubiertos en otros Estados del ámbito de los Reglamentos Comunitarios y
  - La pensión de jubilación o retiro que pudiera corresponderle a cargo de cada uno de los Estados en los que se acrediten periodos de seguro.
- Para solicitar sólo la pensión a cargo del Régimen de Clases Pasivas o de uno o varios países aplazando la solicitud a cargo de otros Estados (en cuyo caso deberá hacerlo constar en el apartado 7 de la solicitud).

¿Qué documentación hay que presentar para el reconocimiento de la pensión de jubilación o retiro en aplicación de los Reglamentos Comunitarios?

1.- EN TODOS LOS SUPUESTOS:

- Si no está jubilado como funcionario del Régimen de Clases Pasivas, **Certificación de servicios efectivos prestados a las Administraciones Públicas a efectos de Clases Pasivas, modelo "CS"**, aprobado por Resolución del Ministerio de la Presidencia de fecha 24-06-1998, BOE de 29-07-1998, que deberá solicitar en la Unidad de Recursos Humanos correspondiente al último Centro de destino como funcionario.
- Si no está retirado como funcionario del Régimen de Clases Pasivas,

- **Documentos** que acrediten **períodos de cotización o seguro en Estados miembros de la Unión Europea**, Espacio Económico Europeo o Suiza, si obraran en su poder. En todo caso deberá cumplimentar el apartado 5 de esta solicitud indicando los periodos trabajados. La no aportación de los documentos puede dar lugar a retrasos en la tramitación de la pensión por dificultades en la localización de sus actividades en el extranjero.
- Libro de Familia. La acreditación del matrimonio y/o de los hijos son circunstancias que pueden influir en los períodos de seguro reconocidos por otros Estados y/o en la cuantía de la pensión que dichos países pudieran señalar. También para acreditar, cuando proceda, el complemento para la reducción de la brecha de género en el Régimen de Clases Pasivas.

2.- DOCUMENTOS ESPECIALES:

- Si en el apartado 4 indica que no se declara apto para el trabajo deberá aportar certificado médico.
- Para solicitudes de pensión a cargo de Alemania o Reino Unido: original de la Cartilla de seguro.
- Para solicitudes de pensión a cargo de Francia o Suiza: certificado de nacimiento plurilingüe o internacional.

3.- SI ACTÚA A TRAVÉS DE REPRESENTANTE.

- Documento público que acredite el poder o la representación para la tramitación de la pensión.
- En caso de incapacidad judicial, acompañar la resolución de incapacidad, el nombramiento y aceptación del tutor o el certificado de nacimiento con inscripción de incapacidad y el nombre del tutor. La solicitud deberá estar suscrita por el representante legal.



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SOLICITUD DE PENSIÓN DE REGLAMENTOS COMUNITARIOS

JUBILACIÓN O RETIRO

1. DATOS DEL SOLICITANTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:

APELLIDOS DE NACIMIENTO (Si son diferentes de los indicados en el apartado anterior):

NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE:	SEXO:	NACIONALIDAD:	NÚM. TELÉFONO:	NÚM. TFNO. MÓVIL

DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):	LOCALIDAD:

C. POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS	CORREO ELECTRÓNICO:

LUGAR DE NACIMIENTO: (Localidad, provincia, departamento y país):

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:

ESTADO CIVIL:

- ☐ SOLTERO
- ☐ DIVORCIADO CON NUEVAS NUPCIAS
- ☐ DIVORCIADO DESDE _____________
- ☐ CONVIVENCIA DESDE _____________
- ☐ CASADO
- ☐ SEPARADO DESDE _____________
- ☐ VIUDO DESDE _____________

2. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (Rellenar solamente si es distinto del indicado en el apartado 1)

DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):	LOCALIDAD:

C. POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS:	NÚM. TELÉFONO:	NÚM. TFNO. MÓVIL:

3. DATOS DEL REPRESENTANTE (Rellenar sólo cuando proceda):

NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:

NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE:	SEXO:	NACIONALIDAD:	NÚM. TELÉFONO:	NÚM. TFNO. MÓVIL

DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):	LOCALIDAD:

C. POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS	CORREO ELECTRÓNICO:

AVDA. GENERAL PERÓN, 38
EDIFICIO MASTER'S II
28020 MADRID
Tel.: 900 50 30 55

NOMBRE Y APELLIDOS:	NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE

4. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL:

¿TRABAJA ACTUALMENTE?

☐ **NO** Fecha en la que dejó de trabajar _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Causa por la que no trabaja:

Está en situación de excedencia Está jubilado/retirado

Está jubilado/retirado por incapacidad/inutilidad

Otra causa (indique cuál) _

☐ **SÍ** ☐ Por cuenta ajena

☐ Por cuenta propia

☐ En la Administración. Indicar Centro _

Fecha en la que dejará de trabajar por acceder a la jubilación/retiro _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

¿Se declara usted apto/a para el trabajo? ☐ **SÍ** ☐ **NO** (Si marca "NO", deberá aportar certificado médico)

¿Necesita la asistencia constante de otra persona para realizar actividades ordinarias de la vida cotidiana?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿TIENE PREVISTO TRABAJAR CUANDO SEA PENSIONISTA? ☐ **NO** ☐ **SÍ**

☐ Por cuenta ajena Nombre de la empresa: _

Tipo de actividad: _

☐ Por cuenta propia Tipo de actividad: _

☐ En la Administración Organismo: _

CONCEPTO	EUROS/MES	Nº DE PAGAS
Importe del salario (cuenta ajena)		
Importe de los ingresos (cuenta propia)		
Importe de otros ingresos		

La actividad que va a desempeñar, ¿implica el alta en la Seguridad Social? ☐ **NO** ☐ **SÍ**

¿OTROS INGRESOS?

Si tiene otros ingresos Naturaleza: _

Importe anual: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

¿CARECE DE INGRESOS? ☐ **NO** ☐ **SÍ**

4. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL (Continuación):

¿COBRA O HA SOLICITADO ALGUNA PRESTACIÓN ADEMÁS DE LA QUE AHORA SOLICITA?

☐ **NO** ☐ **SÍ.** Indique cuál:

TIPO DE PRESTACIÓN	SOLICITADA	COBRA	FECHA DE INICIO DEL COBRO	IMPORTE	INSTITUCIÓN PAGADORA	PAÍS	PERIODICIDAD DEL COBRO.
Pensión de incapacidad / inutilidad	☐	☐					
Pensión de jubilación / retiro	☐	☐					
Pensión familiar (Viudedad, orfandad…)	☐	☐					
Prestaciones por desempleo	☐	☐					
Continuación cobro del salario en caso de incapacidad temporal	☐	☐					
Pensión por accidente de trabajo o enfermedad profesional	☐	☐					
Otras	☐	☐					

5 DATOS SOBRE PERÍODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS ESTADOS

PERIODOS TRABAJADOS EN OTROS PAÍSES Indique los datos aunque se trate de un país no miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo

Periodos (años)		Profesión o tipo de actividad	Por cuenta ajena	Por cuenta propia	Nombre y domicilio de la empresa	Nº de afiliación o equivalente	Institución o régimen de seguro. (mutualidades, cajas de seguro etc.)	Localidad y país de ejercicio de la actividad	Localidad y país de residencia durante la actividad
Desde	Hasta								
			☐	☐					
			☐	☐					
			☐	☐					
			☐	☐					
			☐	☐					
			☐	☐					

¿HA TENIDO PERIODOS SIN ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS PAISES?
☐ **NO** ☐ **SÍ** Indique los datos:

Periodos (años)		Indicar situación: Residencia, estudio u otros motivos	Localidad	País
Desde	Hasta			

NOMBRE Y APELLIDOS:

NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:	NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE

6. DATOS SOBRE FAMILIARES:

☐ **CONYUGE** ☐ **PAREJA DE HECHO**

NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:

NÚM. DNI / NIF / NIE / PASAPORTE:	NACIONALIDAD:

DOMICILIO (Dirección completa si es diferente a la del solicitante)

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (localidad, provincia o departamento y país):	FECHA MATRIMONIO/CONVIVENCIA

SU CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO:

¿TRABAJA ACTUALMENTE? ☐ **NO** ☐ **SÍ.** Tipo de actividad:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Ingresos:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ .euros

Este importe es por: ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año

HIJOS DEL SOLICITANTE:

Apellidos y Nombre	Fecha de nacimiento	¿Estudia?	¿Está incapacitado?	Reside en el domicilio del solicitante	Fecha de fallecimiento
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	

7. APLAZAMIENTO DE PENSIÓN:

¿Desea que se aplace el reconocimiento de su pensión de jubilación en algún país de los que ha señalado en el apartado 5?

☐ **NO** ☐ **SÍ, en qué país** _

_ _

_ _

8 DATOS ESPECÍFICOS DE ALGUNOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA Y DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO. (Rellene los apartados correspondientes a los países en los que haya trabajado).

ALEMANIA

Aporte el original de la Cartilla de seguro.

De los hijos mencionados en el apartado 6, indique aquí aquéllos que hayan sido educados en este país durante su primer año de vida y también aquellos hijos que en la actualidad continúan sus estudios o ejercen funciones de aprendiz.

Apellidos y Nombre	Educación primer año de vida	¿Estudia o es aprendiz?

BÉLGICA

Indique si tiene ascendientes u otros familiares a su cargo:

Apellidos y Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento

DINAMARCA

Última dirección del/la solicitante en Dinamarca: ..____

____

FRANCIA

Aporte certificado de nacimiento plurilingüe o internacional.

De los hijos mencionados en el apartado 6, indique aquí aquéllos que hayan estado a su cargo al menos durante nueve años desde su nacimiento hasta cumplir los dieciséis, cualquiera que sea su edad actual, aunque hayan fallecido.

Apellidos y Nombre	Apellidos y Nombre

REINO UNIDO

Aporte original de la Cartilla de seguro.

Indique si tiene ascendientes u otros familiares a su cargo:

Apellidos y Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento

PAISES BAJOS

Última dirección del/de la solicitante en Países Bajos: ____

____

PORTUGAL

Si necesita ayuda de una tercera persona para realizar los actos esenciales de su vida, indique los siguientes datos sobre la misma:

Apellidos y Nombre: ____

Domicilio completo: ____

NOMBRE Y APELLIDOS:	NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE

SUIZA

Aporte certificado de nacimiento plurilingüe o internacional.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y quedo enterado de la obligación de comunicar a la Subdirección General de Gestión de Clases Pasivas cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

☐ **AUTORIZO** la remisión de la documentación médica aportada así como la que pueda obrar en el expediente de pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente o inutilidad del Régimen de Clases Pasivas del Estado a las instituciones competentes de otros Estados por los que solicito pensión.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, pensión de jubilación o retiro en aplicación de los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Los datos personales facilitados mediante el presente formulario serán tratados por la Subdirección General de Gestión de Clases Pasivas con la finalidad del reconocimiento y, en su caso, liquidación de pensión en aplicación de los Reglamentos Comunitarios que ha sido solicitada. Podrá ejercer sus derechos de protección de datos ante el responsable del tratamiento. Antes de firmar la solicitud debe leer la información adicional sobre protección de datos personales que se encuentra anexada a este documento.

En a de de

(Firma del solicitante o del representante)

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:

Subdirección General de Gestión de Clases Pasivas. Avda General Perón, 38, Edificio Master´s II 28020 Madrid.
Teléfono: 900 50 30 55
https://www.portalclasespasivas.gob.es/sitios/clasespasivas/es-ES/Paginas/Consultas.aspx

DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS:

Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social; Calle Sagasta 13, sexta planta, 28004, Madrid;

Email: delegado.protecciondatos@seg-social.es

FINES DEL TRATAMIENTO:

Reconocimiento y liquidación de pensiones en aplicación de los Reglamentos Comunitarios.

BASE JURÍDICA DEL TRATAMIENTO:

El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Reglamento (CE) 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril, sobre la Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social.

DESTINATARIOS DE LOS DATOS:

Aquellas personas distintas de los beneficiarios a los que se les pueden comunicar los datos personales.
Comunicación habilitada por la base jurídica especificada.

TRANSFERENCIAS DE DATOS:

No están previstas.

PLAZO DE CONSERVACIÓN DE LOS DATOS:

Indefinido.

DECISIONES AUTOMATIZADAS:

No existen decisiones automatizadas.

DERECHOS DEL INTERESADO:

El interesado puede ejercer, cuando procedan, los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición del tratamiento de los datos (y a oponerse a la adopción de decisiones individuales automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, que produzcan efectos jurídicos sobre él o le afecten significativamente de modo similar, de acuerdo con lo previsto en el artículo 22 del Reglamento (UE) 2016/679), dirigiéndose al responsable del tratamiento de forma presencial en cualquiera de las oficinas de la red de asistencia en materia de registros (https://administracion.gob.es).

Derecho a reclamar:

Ante el Delegado de Protección de Datos, de forma previa y potestativa.

Ante la Agencia Española de Protección de Datos. C/ Jorge Juan 6, 28001 MADRID (https://sedeagpd.gob.es)